

附件十

嘉義市 114 學年度國民中學學術性向資賦優異學生鑑定複查申請表
第一聯：存查聯(請填寫粗黑框部分)

| | | | |
|---------|---|-------|-------|
| 鑑定學生姓名 | | | |
| 入場證號碼 | | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 法定代理人姓名 | | 聯絡電話 | |
| 聯絡地址 | | | |
| 就讀學校班別 | | | |
| 複查項目 | <input type="checkbox"/> 初選 <input type="checkbox"/> 複選 | | |
| 複查結果 | <input type="checkbox"/> 維持原判定 <input type="checkbox"/> 變更判定結果為： 嘉義市特殊教育學生鑑定及就學輔導會 <u>114 年 月 日</u> | | |

嘉義市 114 學年度國民中學學術性向資賦優異學生鑑定複查申請表

第二聯：回覆聯(請填寫粗黑框部分)

| | | | |
|---------|---|-------|-------|
| 鑑定學生姓名 | | | |
| 入場證號碼 | | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 法定代理人姓名 | | 聯絡電話 | |
| 聯絡地址 | | | |
| 就讀學校班別 | | | |
| 複查項目 | <input type="checkbox"/> 初選 <input type="checkbox"/> 複選 | | |
| 複查結果 | <input type="checkbox"/> 維持原判定 <input type="checkbox"/> 變更判定結果為： 嘉義市特殊教育學生鑑定及就學輔導會 <u>114 年 月 日</u> | | |